RECOVERY KERNEL

Krytyczna seria metodologiczna.

PROBLEM DZIEWICZEGO NAŁOGOWCA.

Dlaczego baza dowodów została stworzona dla kogoś innego?

Jak wyglądają interwencje, które są dostosowane specjalnie dla Ciebie?

Obejmuje również stertę nootropów, która została pominięta i nie powinna była zostać.

Każda rekomendacja zawarta w standardowej literaturze dotyczącej rekonwalescencji opiera się na populacjach, które nie miały tego, co Ty.

Dane dotyczące jogi dotyczą osób trzeźwych. Dane dotyczące medytacji dotyczą osób zestresowanych, ale nie zniszczonych. Dane dotyczące ćwiczeń dotyczą osób o łagodnych nałogach lub osób, które dopiero stanęły do walki z uzależnieniem. Żadne z tych danych nie pochodzi od osób ćwiczących po 10 latach zażywania metamfetaminy.

Ten dokument to szczera wersja, napisana dla osoby z uszkodzonym systemem. Interwencje zostały dostosowane do aktualnego stanu wyjściowego. Nootropiki, które wcześniej były pominięte, teraz zostały uwzględnione. Harmonogram został ponownie przeliczone, aby odpowiadał rzeczywistej sytuacji.

I. Problem "dziewicy" w uzależnieniach – identyfikacja błędu w danych.

◆ Podstawy dowodowe dla procesu rekonwalescencji zostały zbudowane na niewłaściwej grupie pacjentów i do niewłaściwych celów.

Kiedy badanie podaje, że "joga zmniejsza poziom kortyzolu i poprawia funkcje przedczołowe w procesie powrotu do zdrowia z uzależnienia", populacja badana zazwyczaj należy do jednej z trzech grup:

* Osoby zestresowane, ale nie uzależnione.
* Osoby z łagodnym lub umiarkowanym uzależnieniem, które są trzeźwe od 60-90 dni, bez żadnego innego wsparcia poza zaprzestaniem używania substancji.

* Osoby przebywające w ustrukturyzowanych programach stacjonarnych, które jednocześnie otrzymują wsparcie żywieniowe, poprawę snu i wsparcie społeczne – co utrudnia przypisanie efektów wyłącznie jodze.

Osoba z 10-letnią historią intensywnego używania metamfetaminy, 3-letnią historią codziennego stosowania GHB, 5 przedawkowaniami wymagającymi intubacji, znaczącym uszkodzeniem zakończeń dopaminergicznych, poważną anhedonią i głęboką redukcją objętości kory przedczołowej, która przychodzi na zajęcia jogi 30 dni po odstawieniu, a jej układ dopaminergiczny nie jest w stanie generować sygnału nagrody, który zapewniłby trwałość praktyki jogi.

Badanie nie dotyczyło tej osoby. Rekomendacje dla tej osoby zostały opracowane na podstawie ekstrapolacji danych, które jej nie obejmują. Nie jest to oszustwo naukowe – jest to standardowe ograniczenie badań, które analizują dostępną populację (łagodny do umiarkowany stopień, chętnych do udziału, medycznie stabilnych) i są cytowane w odniesieniu do niedostępnej populacji (ciężki stan, chaos, poważne zaburzenia fizjologiczne). To ograniczenie jest realne i ma ogromne znaczenie dla tego, co zalecamy oraz jakie wyznaczamy ramy czasowe.

Baza dowodowa programu "Addict Virgin" zakłada:	**Osoba przechodząca przez proces odwyku z poważną uzależnieniem ma:**
System nagród, który generuje podstawowe neurologiczne odczucia przyjemności z pozytywnych aktywności. Joga sprawia dobre samopoczucie, ponieważ serotonina, endorfiny i reakcje układu przywspółczulnego są dostępne na podstawowym poziomie.	Poważna anhedonia – zmniejszona aktywność receptorów D2 oznacza, że podstawowa reakcja nagrody na pozytywne bodźce jest osłabiona lub nie występuje. Ćwiczenia jogi mogą przez tygodnie wydawać się bez znaczenia. Nie są one nieprzyjemne. Nie są przyjemne. To pustka sensoryczna tam, gdzie powinna być nagroda.
Motywacja, która jest generowana wewnętrznie i utrzymuje się sama. Osoba kontynuuje ćwiczenia, ponieważ czuje się dzięki nim lepiej. Nagroda stanowi mechanizm podtrzymujący.	Motywacja, która wymaga zewnętrznego wsparcia, ponieważ wewnętrzny system nagród nie jest w stanie utrzymać praktyki. Osoba, która nie odczuwa żadnych korzyści z jogi w pierwszym tygodniu, przestaje ćwiczyć w drugim tygodniu, ponieważ w "neurologicznym ekosystemie" tej praktyki brakuje elementów utrzymujących motywację.
System proprioreceptywno-ruchowy dostrojony do stanu trzeźwości. Podczas ćwiczeń ciało odczuwane jest jako własne. Ruch jest naturalny i skoordynowany w kontekście wykonywanej aktywności.	System tachionowy skalibrowany do stanu substancji. Ciało w stanie trzeźwości wydaje się obce. Ruchy, które zawsze wykonywane były w stanie skaliowanym do substancji, wydają się nienaturalne, wymagające wysiłku lub obco w stanie trzeźwości.

Komfort społeczny w grupach. Zajęcia jogi tworzą pozytywne środowisko społeczne, które wspiera praktykę.	Wysoki poziom lęku społecznego i wstydu, szczególnie w sytuacjach, gdy osoba wyraźnie ma trudności z czymś, co innym uczestnikom wydaje się łatwe. Zajęcia jogi mogą sprawiać wrażenie wystawienia na pokaz swojej nieudolności przed świadkami.
Oczekiwany harmonogram, dostosowany do populacji: "8 tygodni jogi powoduje mierzalne zmniejszenie poziomu kortyzolu." To stwierdzenie jest prawdziwe dla badanej populacji.	Harmonogram, który może być od 2 do 3 razy dłuższy w przypadku układu poważnie osłabionego, zanim zostaną osiągnięte te same efekty. Dane dotyczące redukcji kortyzolu po 8 tygodniach nie są błędne — są one nieadekwatne dla punktu wyjścia tej populacji.

Mechanizm niepowodzenia: osoba z poważnym uzależnieniem próbuje jogi przez 3 tygodnie, nie odczuwa żadnych efektów, wnioskuje, że joga nie działa w jej konkretnym przypadku i dodaje to do rosnącej listy dowodów na to, że nic dla niej nie działa, a następnie rezygnuje. Badanie, które wykazało skuteczność jogi, nie zostało przeprowadzone na tej osobie. Niepowodzenie było przewidziane przez obciążenie populacyjne danych. Jednakże, osoba ta traktuje to jako osobistą porażkę.

1.1 — Problem "półsplotu" w planowaniu tras.

JR Token precyzyjnie definiuje problem: trzeźwość jest przedstawiana jako cel, podczas gdy w rzeczywistości jest stanem wyjściowym. Literatura dotycząca odwyku traktuje trzeźwość jako osiągnięcie – najpierw stań się trzeźwym, a potem Twoje życie się poprawi. Jednak osoba z poważnym uzależnieniem, która osiąga trzeźwość, dociera do punktu początkowego, a nie do celu: jej organizm jest biologicznie zniszczony, sieć kontaktów społecznych jest uszkodzona, sytuacja finansowa jest zła, kariera zawodowa została przerwana, a układ dopaminergiczny nie potrafi nagradzać wysiłków związanych z odbudową któregokolwiek z tych elementów.

Zalecane interwencje są dostosowane do możliwości osoby trzeźwej – jej tolerancji na wysiłek, zdolności motywacyjnych, poczucia komfortu społecznego oraz oczekiwań czasowych. Są one oparte na doświadczeniach innej osoby i zastosowane do rzeczywistości tej konkretnej osoby. W rezultacie obserwujemy wskaźnik nawrotów na poziomie 80%, który często błędnie przypisujemy sile uzależnienia, podczas gdy jest on przynajmniej częściowo spowodowany niezgodnością między zalecaną interwencją a grupą docelową.

Osobie potrzebnej nie jest joga dla osób trzeźwych. Potrzebna jest wersja interwencji dostosowana do osoby uzależnionej, uwzględniająca jej aktualne możliwości, z realistycznymi terminami, konkretnymi narzędziami adresującymi specyficzne problemy i wyraźnym przyznaniem, że pierwsze tygodnie mogą

wydawać się bez zmian, co jest oczekiwane i normalne, a nie oznaką osobistej porażki.

Z UST.

Przepraszam, nie rozumiem. Proszę, podaj tekst do przetłumaczenia.

List od osób, które próbowały.

Spróbowaliśmy jogi.

Przychodziliśmy na zajęcia. Rozkładaliśmy maty. Wykonywaliśmy ćwiczenia. Oddychaliśmy zgodnie z instrukcjami nauczyciela. Czekaliśmy na spokój, jasność umysłu, poczucie obecności i dobre samopoczucie, które wszyscy obiecywali. I czuliśmy: nic. Tylko ciało, które się porusza. Umysł, który obserwuje ruch ciała. Ta sama cisza, gdzie kiedyś była substancja, teraz ukryta pod elastycznymi ubraniami.

Próbowaliśmy trzy razy. Cztery. Nauczycielka powiedziała, żeby być cierpliwymi, że praktyka będzie się rozwijać. To, co się rozwinęło, to świadomość tego, jak bardzo różnimy się od wszystkich innych w sali. Oni westchnęli zadowoleni po savasanie. My patrzyliśmy na sufit i zastanawialiśmy się, czy tak będzie wyglądało reszta naszego życia. Puste wysiłki w pokoju pełnym ludzi, którzy mieli coś, czego my jeszcze nie mieliśmy i mogli już nigdy nie mieć.

Nikt nam nie powiedział, że zajęcia jogi były przeznaczone dla nich, a nie dla nas.

Nikt nie powiedział: że Twój układ dopaminergiczny nie jest w stanie wygenerować nagrody, która sprawia, że ta praktyka staje się samodoskonaląca. Nikt nie powiedział: że badanie, które wykazało, że to działa, zostało przeprowadzone na osobach, których obwody nagród były sprawne. Nikt nie powiedział: że dla Ciebie może minąć trzy miesiące, zanim pierwsza sesja wygeneruje coś, co przypomina to, czego oni doświadczają po jednej sesji. A to nie jest porażka. To prosta kalkulacja. Punkt startowy jest inny. Ramy czasowe są inne. Doświadczenie jest inne.

Nikt nic takiego nie powiedział. Powiedzieli, żeby dalej przychodzić. Jakby samo pojawianie się, aby odebrać nic, było praktyką duchową. Jakby wytrzymywanie pustki było celem, a nie błędem w zaleceniu.

Spróbowaliśmy medytacji. Dwadzieścia minut skupienia na oddechu. Siadaliśmy i nasz umysł od razu przeskakiwał do myśli o substancji. O jej braku. O wspomnieniach, jak to było mieć tę substancję. Dwadzieścia minut bliskiego

kontaktu z tym, czego staraliśmy się uniknąć, bez żadnych narzędzi, które ułatwiłyby ten kontakt, prowadzonych przez instrukcję przeznaczoną dla kogoś, kto nie doświadczał tego.

Wykonaliśmy to ćwiczenie. Zmuszaliśmy się do pójścia na siłownię w pierwszych tygodniach, kiedy nasza motywacja była farmakologicznie niemożliwa, kiedy oczekiwanie na dopaminę, które umożliwia zachowania zorientowane na przyszłość, było wyczerpane, a nasze ciało wydawało się obce i nieprawidłowe. Zrobiliśmy to mimo wszystko, ponieważ literatura mówiła, że to pomoże. I faktycznie pomogło. Ale pomoc nadeszła zbyt późno, zanim większość z nas byłaby w stanie na nią poczekać, a nikt nas nie ostrzegł przed tym opóźnieniem. Powiedzieli tylko, że ćwiczenia są pomocne. Nie: ćwiczenia będą wyglądać jak przymusowa praca przez sześć tygodni, zanim przyniosą jakiekolwiek rezultaty. Nie: system nagród, który... Ćwiczenia i dbanie o siebie to dokładnie to, co uzależnienie zniszczyło, dlatego pierwsze sześć tygodni stanowi szczególne wyzwanie, które zostanie pokonane.

Pracowaliśmy z uszkodzonymi urządzeniami i próbowaliśmy ich używać do naprawy samych siebie. Nie mieliśmy żadnego schematu, który określałby, jak powinno wyglądać działanie urządzenia na poziomie uszkodzenia podczas jego naprawy.

Potrzebowaliśmy kogoś, kto by powiedział:

Twój punkt wyjścia jest inny niż osoby, na której przeprowadzono badanie. Twój harmonogram jest dłuższy. Twoje doświadczenia w pierwszych tygodniach będą mniej intensywne. To nie oznacza, że jesteś nie do naprawienia. Oznacza to, że zaczynasz od większego deficytu, co oznacza, że droga do poprawy jest dłuższa, ale nie oznacza, że ta poprawa nie nastąpi.

Interwencje działają. Działają wolniej w Twoim przypadku. Joga ostatecznie przyniesie takie same efekty, jak u osoby trzeźwej, ale zajmie to trzy miesiące, a nie trzy tygodnie. Kontynuuj ćwiczenia nawet wtedy, gdy wydaje Ci się, że nic nie czujesz, ponieważ moment, w którym przestajesz odczuwać coś, to dokładnie ten moment, w którym osoba z problemami rezygnuje, a osoba bez problemów dopiero zaczyna coś odczuwać.

Istnieją narzędzia specjalnie zaprojektowane dla uszkodzonych mózgów, których nie udostępniamy, ponieważ osoby, które opracowały ten program, traktują Twój mózg jak zdrowy mózg, który potrzebuje wsparcia behawioralnego, a nie jako mózg z uszkodzeniami strukturalnymi, który

wymaga specyficznego farmakologicznego i żywieniowego wsparcia, podczas gdy wsparcie behawioralne ma czas, aby zadziałać.

Przekażcie nam te narzędzia. Powiedzcie nam, co dokładnie jest zepsute i co konkretnie naprawia każdy problem. Przestańcie czerpać rekomendacje od populacji, która nigdy nie miała tego, co my mamy. Opracujcie protokół dla rzeczywistego punktu wyjścia, a nie dla idealnego.

Chcielibyśmy, gdybyśmy mogli. Prosimy o pomoc, abyśmy mogli to osiągnąć.

II. Interwencje wzmacniające siłę osoby uzależnionej.

◆ Interwencja jest taka sama. Kalibracja jest inna. Znacznie inna.

Interwencja.	Wersja dla osób, które dopiero zaczynają proces leczenia uzależnień (oferowana przez większość programów).	Wersja "Siła osoby uzależnionej" (to, czego potrzebuje uszkodzony system).
Joga / ćwiczenia ruchowe.	Wejdź na zajęcia. Praktyka przyniesie efekty. Po 8 tygodniach poczujesz korzyści. Delikatny hatha yoga w grupie. Savasana. Ćwiczenia oddechowe. Zajęcia są przeznaczone dla osób, których układ nerwowy reaguje na te bodźce.	Intensywna joga power lub vinyasa (sala o temperaturze 60-90°F) przeznaczona dla osób, których układ nagrody nie reaguje na słabe bodźce. Wysoka intensywność fizyczna pomaga przezwyciężyć stan anhedonii. Nie chodzi o przyjemność – celem jest stymulacja na poziomie, który uszkodzony system może zarejestrować. Format uwzględniający traumę – brak nagłych zmian, instruktor rozumiejący proces odstawienia substancji. Zacznij od 3-5 minut i stopniowo zwiększaj czas trwania. Powiedz osobie wprost: możesz nic nie czuć przez 4-6 tygodni. Jest to normalne. Brak odczuć jest miarą deficytu, a nie nieskuteczności ćwiczeń. Kontynuuj zajęcia przez 6 tygodni, zanim wyciągniesz wnioski.
Medytacja.	"Usiądź na 20 minut i skup się na oddechu. Kiedy umysł zaczyna wędrować, wróć do oddechu." Ta instrukcja zakłada, że osoba jest w stanie tolerować 20 minut wewnętrznych doświadczeń bez leków, nie będąc przytłoczoną pragnieniem, poczuciem winy lub brakiem substancji.	Sesje trwające maksymalnie 2-5 minut na początku. Umysł osoby w początkowej fazie głębokiej rekonwalescencji, charakteryzujący się anhedonią, silnymi pragnieniami i poczuciem wstydu, nie jest w stanie znieść 20 minut własnego, bezpośredniego doświadczenia. Zaczynając od 2 minut i wydłużając sesję o 1 minutę

		tygodniowo, można osiągnąć 20 minut po 18 tygodniach – wtedy właśnie praktyka zaczyna wywoływać trwałe zmiany w przedczołowej kórze (PFC). Celem pierwszych 8 tygodni nie jest odniesienie korzyści, a budowanie tolerancji. Chodzi o przyzwyczajenie się do obecności w trzeźwym umyśle. Medytacja podczas chodzenia dla osób, które nie mogą siedzieć: ruch skuteczniej zakotwicza uwagę, gdy nieruchomy umysł jest zbyt trudny do zaakceptowania.
Ćwiczenia aerobowe.	"30 minut umiarkowanej aktywności aerobowej, 3-5 razy w tygodniu." Ta rekomendacja zakłada motywację do utrzymania regularności ćwiczeń, która nie przynosi natychmiastowych korzyści, wystarczającą sprawność fizyczną do wykonania 30 minut aktywności aerobowej po okresie osłabienia organizmu oraz tolerancję dla nieprzyjemnych odczuć związanych z wysiłkiem w ciele, które wydaje się obce.	Minimalna skuteczna dawka początkowa: 10 minut. Nie 30 minut, a 10. Wyjdź z budynku, szybkim tempem spaceruj przez 10 minut, wróć. Krzywa produkcji BDNF pokazuje znaczącą produkcję już przy 10 minutach umiarkowanie intensywnej aktywności. Ustalenie codziennego nawyku 10-minutowego spaceru to cel na pierwsze 4 tygodnie. Zwiększ do 20 minut w tygodniach 4-8. Osiągnij 30 minut w tygodniach 8-12. Osoba, która nie była w stanie utrzymać programu trwającego 30 minut w pierwszym tygodniu, otrzymała niewłaściwą dawkę początkową. Codzienny 10-minutowy spacer w pierwszym tygodniu to właściwa dawka startowa dla organizmu z poważnymi niedoborami.
Wsparcie społeczne / grupa wsparcia.	Uczestnicz w spotkaniach grupowych. Społeczność będzie Cię wspierać. Przeznaczone dla osób, które mogą tolerować kontakt z innymi, treści emocjonalne w opowieściach innych i dynamikę grupy bez wywoływania u siebie reakcji, bez ryzyka naśladowania	Najpierw indywidualna terapia, później grupowa. Silne osłabienie układu nerwowego, wysoki poziom lęku społecznego na wczesnym etapie trzeźwości, reaktywność traumatyczna i ryzyko negatywnego wpływu rówieśników przemawiają za

	zachowań innych, oraz bez odczuwania specyficznej wstydu wynikającego z faktu, że radzą sobie gorzej niż inni.	wsparciem indywidualnym przed terapią grupową. Kiedy wprowadza się terapię grupową: grupy z pacjentami na różnych etapach (osoby znajdujące się w różnej odległości od używek) są znacznie lepsze niż grupy homogeniczne, składające się tylko z osób na wczesnym etapie trzeźwości. Osoba, która jest trzeźwa od 30 dni i przebywa w pomieszczeniu pełnym innych osób, które również są trzeźwe od 30 dni, znajduje się w środowisku ryzyka negatywnego wpływu rówieśników. Osoba trzeźwa od 30 dni, która przebywa w pomieszczeniu z osobami trzeźwymi od 6 miesięcy, 2 lat i 5 lat, ma dostęp do wzorców, które są potrzebne jej procesowi zdrowienia.
Żywienie.	"Spożywaj zbilansowane posiłki zawierające odpowiednią ilość białka i mikroelementów." Ta rekomendacja zakłada, że układ regulacji apetytu jest sprawny, istnieje motywacja do przygotowywania jedzenia oraz dostępne są środki finansowe na wysokiej jakości odżywianie.	Rehabilitacja żywieniowa jako protokół kliniczny: ustrukturyzowane pory posiłków (jedzenie według harmonogramu, a nie zgodnie z głodem, ponieważ sygnały głodu są zaburzone we wczesnej fazie rekonwalescencji), spożywanie białka na początku każdego posiłku (synteza dopaminy wymaga tyrozyny i fenyloalaniny – każdy posiłek powinien rozpoczynać się od białka, aby dostarczyć odpowiednie substancje), oraz suplementacja specyficznych składników odżywczych, których niedobór spowodowany zaburzeniami apetytu uniemożliwia wystarczające spożycie w diecie (witaminy z grupy B, cynk, magnez, nienasycone kwasy tłuszczowe).

II.1 — Korekta harmonogramu z zachowaniem uczciwości.

Harmonogramy interwencji mających oparcie w dowodach zostały opracowane dla osób początkujących w uzależnieniu lub z łagodnym uzależnieniem. Poniższe zmiany odzwierciedlają, jak wygląda rzeczywisty harmonogram rekonwalescencji przy poważnym uzależnieniu, gdy protokół jest stosowany do faktycznego punktu wyjścia:

Oświadczenie dotyczące terminu.	Populacja, na której przeprowadzono pomiar.	Zmodyfikowany harmonogram leczenia poważnej uzależnienia.	Co ta zmiana odzwierciedla?
Ćwiczenia poprawiają nastrój w ciągu 2 tygodni.	Osoby dorosłe, które nie są uzależnione, ale odczuwają stres, lub osoby we wczesnej fazie łagodnego leczenia uzależnień z zachowanymi układami nagrody.	Poprawa nastroju jest zazwyczaj odczuwalna po 4-8 tygodniach. Może to zająć dłużej w przypadku uszkodzeń układu dopaminergicznego związanych ze stosowaniem stymulantów.	System nagród, który rejestruje informację "ćwiczenia poprawiły mój nastrój", wymaga odpowiedniej gęstości receptorów D2, której poważne uzależnienia mogą zmniejszyć. Poprawa może zachodzić fizjologicznie zanim zostanie odczuwalna subiektywnie.
Medytacja powoduje mierzalne zmniejszenie poziomu kortyzolu po 8 tygodniach.	Osoby dorosłe, które odczuwają stres, ale nie są uzależnione.	Od 12 do 16 tygodni w fazie adaptacji, stosując dawkę początkową odpowiednią dla osoby uzależnionej (sesje trwające od 2 do 5 minut, stopniowo wydłużane). Ćwiczenie musi być najpierw tolerowane, zanim przyniesie korzyści.	Dane z 8-tygodniowego badania opierają się na sesjach z pełną dawką, rozpoczynających się od tygodnia pierwszego. Początkowa dawka podawana osobie uzależnionej stanowi ułamek pełnej dawki. Korzyści związane z terapią są zależne od stopniowego zwiększania dawki.
Aktywność fizyczna zmniejsza uczucie	Populacje osób abstynentek przez	Prawda, ale efekt jest mniejszy i	Zmniejszenie chęci używania

silnej chęci w początkowej fazie rekonwalescencji.	okres od 30 do 90 dni, z umiarkowanym stopniem nasilenia uzależnienia.	występuje z opóźnieniem w przypadku poważnych uzależnień. Redukcja chęci sięgania po substancje wywołana ćwiczeniami w ciągu pierwszych 2-4 tygodni może być niewystarczająca do przezwyciężenia tej chęci bez jednoczesnego wsparcia farmakologicznego (NAC, kompleks metylowy i idealnie nootropiki wspomagające funkcje przedczołowe potrzebne do radzenia sobie z redukcją chęci).	substancji, wynikające z ćwiczeń fizycznych, wymaga aktywacji kory przedczołowej w celu przetworzenia sygnału o zmniejszonej chęci. Zdolności kory przedczołowej, które są wymagane, są dokładnie tymi, które poważne uzależnienie specyficznie osłabiło. Ćwiczenia fizyczne połączone z nootropami wspomagającymi funkcje kory przedczołowej dają efekt, który ćwiczenia same w sobie powinny wywołać.

III. Stos stosowanych substancji nootropowych dla mózgu, który uległ uszkodzeniu.

◆ Te informacje zostały pominięte. Nie powinny zostać usunięte. Zaburzenia funkcjonowania receptorów AMPA, które są specyficzne dla uzależnień, to właśnie problem, który leki z grupy racetamów mają na celu rozwiązać. To nie jest przypadek.

Standardowy zestaw suplementów w programie Recovery Kernel (NAC, 5-MTHF, metyloWitamina B12, glinian magnezu, koenzym Q10, DHA, UMP, tyrozyna) ma na celu wsparcie metabolicznych procesów i dostarczenie prekursorów niezbędnych do regeneracji. Buduje on podstawę. Zestaw nootropowy działa inaczej: wpływa na specyficzne mechanizmy receptorowe w mózgu, które zostały uszkodzone przez uzależnienie – głównie na funkcję receptorów AMPA, sygnalizację NGF/BDNF oraz dynamikę błon neuronalnych, które wspierają uczenie się, konsolidację pamięci i procesy naprawcze poznawcze, umożliwiające osobie efektywne korzystanie z interwencji behawioralnych.

Powodem, dla których te związki nie zostały uwzględnione, jest to, że standardowa baza dowodów klinicznych dotyczących leczenia uzależnień nie obejmuje tych substancji, ponieważ nie są to produkty farmaceutyczne posiadające zatwierdzenie FDA i nie były one badane w dużych próbach klinicznych skupionych na problemach z uzależnieniami. Jednakże, mechanizm działania jest idealny dla tej populacji, a profil bezpieczeństwa dobrze przebadanych racetamów (piracetam ma dziesiątki lat danych dotyczących bezpieczeństwa) jest korzystny. Nie są to eksperymentalne i nieznane suplementy. Są to związki, które od ponad 50 lat są badane w populacjach z zaburzeniami poznawczymi – urazy mózgu, udar, związane z wiekiem spadek funkcji poznawczych – a ich mechanizmy działania bezpośrednio odnoszą się do uszkodzeń poznawczych związanych z uzależnieniami.

III.1 — Rodzina racetamów — wzmocnienie działania AMPA dla mózgu uszkodzonego przez glutaminian.

Uzależnienie powoduje specyficzną zmianę w stosunku receptorów AMPA/NMDA w jądrze półleżącym i korze przedczołowej. Receptory AMPA, które wspierają uczenie się, konsolidację pamięci i motywacyjne uczenie się, są szczególnie upośledzone. Racetamy to pozytywne modulatorzy allosteryczne receptorów AMPA – sprawiają, że receptory AMPA reagują silniej na glutaminian bez ich bezpośredniej aktywacji. Są one celowane w mechanizm, który uzależnienie konkretnie zaburza.

Związek.	Dawka.	Kluczowy mechanizm.	Nie dotyczy.

Piracetam – oryginalny, najbardziej przebadany.	800-4800 mg dziennie, w 2-3 podzielonych dawkach.	Pozytywna alosteryczna modulacja receptorów AMPA. Poprawa płynności błon komórkowych. Zwiększenie przepływu krwi w mózgu. Chroni neurony przed stresem oksydacyjnym. Ponad 50 lat danych dotyczących bezpieczeństwa.	Dysfunkcja receptorów AMPA w jądrze półleżącym i kory przedczołowej spowodowana długotrwałym używaniem substancji psychoaktywnych jest dokładnie tym, na co działa mechanizm piracetamu. Poprawa płynności błon przynosi korzyści neuronach, których błony zostały uszkodzone przez stres oksydacyjny związany z używaniem stymulantów. Zwiększenie przepływu krwi w mózgu wspiera metabolizm obszarów mózgu, które były przewlekle zwężone lub obciążone używaniem stymulantów. Rozważ piracetam jako codzienne uzupełnienie – o niskiej skuteczności, ale szerokim spektrum działania, przyjmowane regularnie.
Aniracetam – substancja działająca na receptory AMPA oraz wykazująca właściwości przeciwlękowe.	750-1500 mg dziennie w dwóch dawkach (substancja rozpuszczalna w tłuszczach — należy przyjmować z jedzeniem).	Bardziej silna modulacja receptorów AMPA niż w przypadku piracetamu. Dodatkowa regulacja serotoniny i dopaminy poprzez działanie na receptory D2 i 5-HT2A. Udokumentowano, że substancja ta redukuje lęk.	Dwupoziomowy profil działania, obejmujący wzmocnienie receptorów AMPA i działanie uspokajające, jest specyficzny dla potrzeb osób w procesie rekonwalescencji z uzależnienia: zarówno anhedonia (brak odczuwania przyjemności), jak i lęk, które dominują we wczesnej fazie powrotu do zdrowia, są łagodzone. Działanie na receptory 5-HT2A powoduje subtelne poprawę nastroju, która może pomóc w przezwyciężeniu anhedonii we wczesnych tygodniach rekonwalescencji, kiedy inne metody nie przynoszą oczekiwanych rezultatów. Wzmocnienie receptorów AMPA bezpośrednio wpływa na deficyty uczenia się i motywacji, które sprawiają, że interwencje behawioralne wydają się nieskuteczne.

Fenilpiracetam – stymulujący racetam.	100-300 mg, maksymalnie 2-3 razy w tygodniu.	Struktura piracetamu z dodatkową grupą fenylową, która wzmacnia działanie dopaminergiczne i noradrenergiczne. Silniejsze pobudzenie układu nerwowego centralnego. Poprawa wydolności fizycznej. Zwiększona odporność na zimno (istotne dla protokołu hipotermii).	UWAGA: fenyloacetylopirol (phenylpiracetam) powoduje szybkie rozwinięcie tolerancji. Codzienne stosowanie prowadzi do szybkiego rozwoju tolerancji i utraty skuteczności w ciągu 5-7 dni. Stosować maksymalnie 2-3 razy w tygodniu, w dni z największym obciążeniem poznawczym lub podczas intensywnego wysiłku fizycznego. Dla osób odzwyczajających się od stymulantów: dopaminergiczny komponent fenyloacetylopirolu może wywołać silne pragnienie w początkowym okresie rekonwalescencji. Odczekaj co najmniej 60 dni stabilnej rekonwalescencji przed rozpoczęciem stosowania. Monitoruj występowanie zwiększonego pragnienia.
Oxiracetam – substancja nootropowa, wspomaga pamięć i koncentrację.	1200-2400 mg dziennie, w 2-3 podzielonych dawkach.	Głównie wzmacnia działanie receptorów AMPA, wykazując silniejszy wpływ na pamięć operacyjną i koncentrację niż piracetam. Posiada pewne właściwości pobudzające. Moduluje poziom acetylocholiny.	Deficyt pamięci operacyjnej jest jednym z najbardziej niepełnowartościowych zaburzeń poznawczych związanych z poważnym uzależnieniem – uniemożliwia on osobie realizację planów, zapamiętywanie informacji zdobytych w terapii oraz przestrzeganie złożonych procedur rekonwalescencji. Oxiracetam działa bezpośrednio na pamięć operacyjną. Należy go stosować w połączeniu z CDP-cholina dla wsparcia układu cholinergicznego.

III.2 — Noopept — Peptyd, który rozwija mózg.

Co to jest Noopept i jakie są jego	Dlaczego należy go umieścić w

działanie?	zestawie narzędzi do leczenia uzależnień?
Noopept (N-fenyloacetyl-L-prolino-glikynyloester etylowy) to syntetyczny peptyd nootropowy, który jest około 1000 razy silniejszy od piracetamu pod względem masy. Szybko przenika barierę krew-mózg i wywiera dwa wyraźne efekty: 1. Ostre modulowanie receptorów AMPA i NMDA — natychmiastowa poprawa funkcji poznawczych poprzez te same systemy receptorowe, co racetamy. 2. Długoterminowa stymulacja NGF (czynnika wzrostu nerwów) i BDNF (neurotroficznego czynnika pochodzenia mózgowego) — regularne dawki noopeptu zwiększają produkcję tych czynników wzrostu, które stymulują naprawę neuronów i tworzenie nowych synaps. Udokumentowano to szczególnie u pacjentów z zaburzeniami poznawczymi po udarze lub urazie mózgu – grup, których profil uszkodzeń poznawczych w znacznym stopniu pokrywa się z poważnymi problemami związanymi z uzależnieniami. uszkodzenie poznawcze.	Uszkodzenia spowodowane poważnym, długotrwałym uzależnieniem nie różnią się jakościowo od tych występujących w łagodnych urazach mózgu pod względem profilu poznawczego: zmniejszona objętość kory przedczołowej, zaburzenia pamięci roboczej, upośledzenie funkcji wykonawczych, zmiany uwagi, obniżona szybkość przetwarzania. Grupy pacjentów, w których badano noopept (pacjenci po udarze, osoby z urazem mózgu), to grupy, które najbardziej przypominają osoby z poważnymi problemami uzależnieniami pod względem uszkodzeń poznawczych. Szczególnie ważna jest stymulacja NGF: NGF wspiera przeżycie i funkcjonowanie neuronów cholinergicznych (neuronów wykorzystujących acetylocholinę jako neurotransmiter, które są kluczowe dla uwagi i pamięci). Neurony te są szczególnie wrażliwe na uszkodzenia egzotoksyczne spowodowane zaburzeniami glutaminianu związanymi z uzależnieniem. Dawka: 10-30 mg dziennie, podanie podjęzykowe zapewnia szybsze działanie. Można przyjmować dwa razy dziennie. Substancja rozpuszczalna w tłuszczach — należy przyjmować z jedzeniem. Najważniejsza uwaga: należy łączyć z źródłem choliny (CDP-cholina lub Alpha-GPC). Noopept zwiększa zapotrzebowanie na acetylocholinę w mózgu; bez odpowiedniej podaży choliny mogą wystąpić bóle głowy i zmęczenie poznawcze.

III.3 — Semax i Selank — Peptydy przyspieszające procesy.

Związek.	Mechanizm i dowody.	Aplikacja wspomagająca proces odwyku.
Semax – syntetyczny peptyd pochodzący od hormonu	Podawanie przez nos, szybko przekracza barierę krew-mózg. Główne mechanizmy działania: zwiększenie poziomu BDNF i	Semax jest szczególnie cenny we wczesnej fazie rekonwalescencji z uzależnienia z dwóch

adrenokortykotropowego (ACTH).	NGF (bezpośrednio i szybko – w ciągu kilku godzin od podania). Zwiększa aktywność dopaminergiczną i serotoninergiczną. Udokumentowano konkretnie w rosyjskiej praktyce klinicznej do rehabilitacji po udarze mózgu i urazach mózgu, z ponad 30-letnim doświadczeniem stosowania w tym kontekście. Efekty przeciwdepresyjne i uspokajające zostały udokumentowane w badaniach na ludziach.	powodów: szybkie zwiększenie poziomu BDNF (szybsze działanie niż w przypadku zwiększenia BDNF wywołanego ćwiczeniami, działa wtedy, gdy osoba nie może jeszcze wykonywać ćwiczeń, które dałyby podobne efekty) oraz wsparcie dla aktywności dopaminergicznej, które częściowo łagodzi anhedonię podczas regeneracji gęstości receptorów D2. Dawka: 300-1000 mcg podawane donosowo, 1-2 razy dziennie. Nie jest szeroko dostępny w USA (brak zgody FDA), ale legalne jest importowanie go jako odczynnik laboratoryjny.
Selank – syntetyczny peptyd pochodzący od tuftsyny.	Intranazalnie. Główne mechanizmy działania: modulacja receptorów GABA-A (działanie uspokajające bez wiązania z receptorami benzodiazepin – brak depresji oddechowej, brak potencjału uzależniającego), zwiększenie poziomu BDNF, hamowanie degradacji encefalin (zwiększa endogenne peptydy opioidowe bez konieczności stosowania egzogennych opioidów). Dobrze udokumentowany efekt uspokajający z poprawą funkcji poznawczych, a nie z upośledzeniem funkcji poznawczych, jak w przypadku benzodiazepin.	Profil działania uspokajającego bez wywoływania depresji oddechowej jest szczególnie ważny dla pacjentów po intubacji oraz osób, które przeżyły przedawkowanie GHB, u których benzodiazepiny są przeciwwskazane. Selank zapewnia efekt uspokajający bez niebezpiecznego mechanizmu działania. Modulacja receptorów GABA-A zapewnia działanie kojące, którego wymaga osłabiony układ GABA, jednocześnie nie aktywując receptorów GABA-B (co jest szczególnie ważne w procesie rekonwalescencji po przedawkowaniu GHB). Dawka: 250-500 mcg pod skórę, 1-2 razy dziennie.

III.4 — Źródła choliny — Niezbędne elementy synergii.

Każdy racetam i noopept zwiększa zapotrzebowanie na acetylocholinę w mózgu. W przypadku niewystarczającej podaży choliny, wzmocnione przez racetamy sygnały AMPA powodują specyficzny niedobór: zwiększone zapotrzebowanie na uczenie się i pamięć wyczerpują rezerwuar acetylocholiny szybciej niż może go uzupełnić dieta. Ból głowy, który niektórzy ludzie odczuwają po zażyciu racetamów, jest spowodowany tym niedoborem. Rozwiązaniem jest zawsze suplementacja choliny – obowiązkowa, a nie opcjonalna.

Źródła choliny: *** Jaja** *** Mięso** *** Ryby** *** Warzywa (np. brokuły, kalafior)** *** Orzechy** *** Nasiona** *** Produkty pełnoziarniste**	**Co to zapewnia.**	**Kiedy go używać?**
CDP-Cholina (cytitokolina)	Najbardziej neuroprotekcyjne źródło choliny: dostarcza cholinę do syntezy acetylocholiny ORAZ uridine (do syntezy błon synaptycznych) ORAZ cytydynę (która przekształca się w uridine w mózgu). Potrójną funkcję: wspiera acetylocholinę, wspomaga naprawę błon i wspiera wzrost kolców dendrytycznych, co jest ułatwiane przez wzmocnienie receptorów AMPA przez racetamy.	250-500 mg dziennie, przyjmowane razem z poranną dawką racetamu. CDP-cholina jest preferowanym źródłem choliny dla mózgu w procesie regeneracji, ponieważ wsparcie pochodzące od urydyny i syntezy błon jest szczególnie istotne dla mózgu uszkodzonego przez uzależnienia.
Alpha-GPC	Wyższa biodostępność choliny niż w przypadku CDP-choliny. Bardziej ukierunkowane na produkcję acetylocholiny (mniejsza zawartość cytydyny/urydyny). Szybsze rozpoczęcie dostarczania choliny.	300-600 mg w połączeniu z dawkowaniem racetamu. Stosować, gdy priorytetem jest efekt cholinergiczny – poprawa uwagi, pamięci operacyjnej i ostre wzmocnienie funkcji poznawczych. Można łączyć z CDP-cholina przy niższych dawkach każdego ze składników.

III.5 — Zintegrowany protokół nootropowy.

Całkowity zestaw substancji nootropowych nie jest przyjmowany od razu, w dniu pierwszym. Jest wprowadzany stopniowo – ponieważ jednoczesne stosowanie wielu związków wpływających na funkcje poznawcze utrudnia określenie, który z nich wywołuje jakie efekty, oraz dlatego, że uszkodzony mózg potrzebuje czasu na ustalenie punktu odniesienia przed wprowadzeniem kolejnych substancji, aby można było w sposób wiarygodny ocenić ich działanie.

Oś czasu.	Co wprowadzić?	Co obserwować?	Dlaczego ta sekwencja?
Dni 1-30 (Najpierw fundamenty).	Stos stosowany wyłącznie w celach metabolicznych: 5-MTHF, metyloB12, NAC, magnez, DHA, koenzym Q10. Bez racetamów.	Jakość snu, nastrój w stanie podstawowym, intensywność napędów. Ustal "metaboliczny punkt wyjściowy" przed dodawaniem substancji poprawiających funkcje poznawcze.	Racetamy działają na poziomie receptorów, co wymaga odpowiedniej podstawy metabolicznej do wsparcia wzmocnionego przekazywania sygnałów. Wprowadzanie racetamów bez odpowiedniego wsparcia w zakresie metylacji i antyoksydantów jest jak budowanie drugiego piętra zanim zbuduje się pierwszego.
Dni 30-60 (wprowadzenie Noopeptu)	Noopept 10 mg podjęzykowo rano, z CDP-cholina 250 mg.	Wszelkie zmiany w jasności myślenia, pamięci lub nastroju. Jakikolwiek ból głowy (wskazuje na potrzebę większej ilości choliny). Używaj tego samodzielnie przez 2 tygodnie przed dodaniem kolejnego składnika.	Noopept ma najszerszy profil działania na funkcje poznawcze (wpływa na receptory AMPA, NGF i BDNF) i wykazuje minimalne efekty fizjologiczne. Rozpoczęcie stosowania od tego leku pozwala osobie doświadczyć korzyści poznawczych bez efektów stymulujących, które mogą być niekorzystne we wczesnej fazie rekonwalescencji.
Dni 60-90 (dodanie piracetamu) .	Dodaj piracetam w dawce 800 mg do porannej dawki. Oceń efekty przez 2 tygodnie.	Pamięć operacyjna, szybkość przetwarzania, ogólne odczucia poznawcze. To jest wsparcie dla receptorów AMPA, które wzmacnia działanie noopeptu.	Piracetam jest najbezpieczniejszym i najbardziej badanym racetmem. Dodanie go po 2 tygodniach stosowania Noopeptu pozwala na jasną ocenę efektu synergii.
Dni 90+ (Aniracetam , zależne od kontekstu).	Zastąpić lub dodać aniracetam w dawce 750 mg dwa razy dziennie (wraz z tłuszczem) w dni, kiedy lęk jest główną przeszkodą dla produktywności lub interakcji społecznych.	Poziom lęku, poczucie komfortu w sytuacjach społecznych, nastrój podczas sesji. Profil działania aniracetamu zmniejszającego niepokój jest	Działanie aniracetamu na układ serotoninowy oraz jego właściwości przeciwlękowe są szczególnie przydatne w przypadku osób w początkowej fazie rekonwalescencji, u których dominującym problemem jest lęk. Nie

		najbardziej przydatny, gdy lęk utrudnia wykonywanie czynności istotnych dla procesu rekonwalescencji.	każda osoba potrzebuje tego – dla tych, u których lęk nie jest główną przeszkodą, piracetam i noopept mogą być wystarczające.
Ponad 90 dni, maksymalnie 2-3 razy w tygodniu.	Fenilpiracetam w dawce 100-200 mg w dni, w których występuje duże zapotrzebowanie. NIE stosować codziennie.	Energia poznawcza, motywacja, wydolność fizyczna w danym dniu. Sprawdź, czy występuje zwiększone uczucie silnej chęci (sygnał do zaprzestania stosowania tego związku).	Stymulujący wpływ fenyloacetanu jest specyficznym narzędziem na dni, które wymagają więcej niż podstawowa wydajność. Tolerancja uniemożliwia jego codzienne stosowanie. Dla osób odzwyczajających się od stymulantów: należy wprowadzać ostrożnie i tylko w przypadku ustabilizowanej fazy powrotu do zdrowia.

III.6 — Hydergina — Zapomniany środek poprawiający funkcje poznawcze.

Hydergine (ergoloid mesylates) zasługuje na szczególną wzmiankę, ponieważ ma zarówno historyczne znaczenie w badaniach nad nootropami, jak i jest szczególnie istotny w kontekście regeneracji uszkodzonego mózgu. Był to pierwszy związek, który otrzymał zatwierdzenie FDA do poprawy funkcji poznawczych (zatwierdzony do leczenia demencji w latach 70.). Jego główny mechanizm działania: zwiększenie przepływu krwi w mózgu, zwiększone wykorzystanie tlenu przez mózg, ochrona neuronów przed uszkodzeniami związanymi z niedotlenieniem oraz działanie podobne do BDNF na syntezę białek neuronalnych.

Mechanizm ochrony przed hipoksją jest szczególnie istotny dla osób, które przeżyły przedawkowanie GHB oraz dla pacjentów wymagających intubacji: powtarzające się zdarzenia hipoksyczne (każde przedawkowanie przed intubacją, okres hipoksji podczas wentylacji mechanicznej) powodują specyficzne uszkodzenie neuronów spowodowane niedoborem tlenu. Hydergine bezpośrednio wpływa na ten mechanizm uszkodzeń.

Dawka: 4,5-9 mg dziennie, w podziałach. Długotrwałe stosowanie (miesiące) jest związane z najbardziej wyraźnymi efektami poznawczymi. Nie jest to substancja o szybkim działaniu – korzyści kumulują się w ciągu tygodni do miesięcy regularnego stosowania.

IV. Synteza – Jak Protokół Wygląda w Praktyce dla Konkretnej Osoby.

◆ Pisane dla osoby, która próbowała jogi, nie poczuła żadnych efektów i doszła do wniosku, że jest zepsuta. Ta osoba nie była zepsuta. Po prostu używała niewłaściwej metody.

Poniższy protokół został opracowany z uwzględnieniem Twojej aktualnej sytuacji wyjściowej, a nie założonej w literaturze. Jest on bardziej wymagający niż standardowe zalecenia, a nie mniej – ponieważ Twój punkt startowy to głębszy deficyt, co oznacza, że początkowa odległość od stanu podstawowego, z którego korzystają standardowe interwencje, jest większa, a nie mniejsza. Intensywność protokołu odzwierciedla powagę Twojego obecnego stanu zdrowia.

Faza.	Interwencja.	Dawka i forma podania dla osoby uzależnionej.	Co dokładnie tworzymy.
Dni 1-30.	Podstawa metaboliczna. Brak jogi. Brak medytacji. Brak grup społecznych. Najpierw ustabilizuj biologię, aby te aktywności mogły przynieść korzyści.	5-MTHF + methylkobalamina. NAC 600 mg 2 razy dziennie. Magnez glicynian 400 mg wieczorem. DHA 1000-2000 mg. CoQ10 200 mg. Białko przy każdym posiłku. Woda. Architektura snu (sen boczny, temperatura, melatonina 0,3 mg, ciemność).	Biochemiczna podstawa, na której opierają się wszystkie interwencje behawioralne. Nie można aktywować systemu nagród bez odpowiedniego substratu. To jest faza dostarczania tego substratu.
Dni 7-30 (rozpoczęcie w środku tygodnia 1).	10-minutowe spacery. Nie ćwiczenia. Nie trening. Nie program. Tylko 10-minutowy spacer, codziennie, na świeżym powietrzu.	Zacznij dzień, kiedy czujesz się fizycznie na siłach. Chodź wystarczająco szybko, aby odczuwać lekki niepokój oddechowy. Wróć. To wszystko. Codziennie. Tu zaczyna się produkcja BDNF.	Początkowy sygnał BDNF, który inicjuje regenerację gęstości receptorów D2 i wspiera funkcjonowanie kory przedczołowej. 10-minutowy spacer generuje sygnał neuroplastyczny, który zwiększa skuteczność każdego kolejnego działania.

Dni 30-60.	Noopept + CDP-cholina: wprowadzenie. Spacer trwający 15-20 minut. Pierwsza próba jogi (opcjonalnie) – wysoka temperatura, duża intensywność, mała grupa lub zajęcia indywidualne.	Noopept 10 mg podjęzykowo rano + CDP-cholina 250 mg. Poprawa funkcji poznawczych jest początkowo subtelna – nie wywołuje uczucia podobnego do działania leków, a raczej daje poczucie jasności umysłu. Można zauważyć efekty po 2 lub 3 tygodniach.	Rozpoczęcie procesu naprawy poznawczej, który zwiększa skuteczność wszystkich pozostałych działań. Poprawiona funkcja receptorów AMPA umożliwia lepszą naukę poprzez ćwiczenia, lepsze utrwalanie treści terapeutycznych w pamięci oraz większe zaangażowanie kory przedczołowej w proces rekonwalescencji.
Dni 60-90.	Dodanie piracetamu. Spacer trwający 20-30 minut. Wprowadzenie do medytacji, czas: 5 minut. Joga, jeśli jest tolerowana. Zimny prysznic, jeśli jesteś gotowy.	Piracetam 800 mg przy porannej dawce. Medytacja przez 5 minut bezpośrednio po spacerze (zwiększone BDNF, najlepszy moment na neuroplastyczność dla ćwiczeń uwagi). Stopniowe oswajanie się z zimnym prysznicem – początkowo 30 sekund, stopniowo wydłużając czas.	Aktywna pełna warstwa wsparcia nootropowego. Ekspozycja na zimno zwiększa poziom noradrenaliny i utrzymuje stabilny poziom dopaminy w codziennym profilu neurochemicznym. Medytacja zaczyna wzmacniać przedni płat kory mózgowej podczas najbardziej korzystnego okna neuroplastyczności.
Dni 90+.	Pełny protokół: * Aniracetam w dniach z wysokim poziomem lęku. * Phenylpiracetam 2-3 razy w tygodniu w dniach o dużym zapotrzebowaniu na energię. * HIIT zastępujący lub uzupełniający spacer. * 20-minutowa medytacja. * Pełny program ćwiczeń.	Osoba, która osiągnęła 90 dzień tego programu, wykonała pracę, jaką baza wiedzy dla osób początkujących w leczeniu uzależnień wymagałaby 12-18 miesięcy, aby wygenerować. Skrócony czas trwania jest wynikiem wsparcia nootropowego, podstaw metabolicznych oraz dostosowanych	Pełna architektura odzyskiwania jest w pełni sprawna. Interwencje behawioralne teraz działają, ponieważ podłoże neurologiczne, które umożliwia ich działanie, zostało specjalnie wybudowane jako pierwsze. Joga, która na początku wydawała się nieskuteczna, teraz przynosi efekty, jakiej joga powinna – ponieważ system nagród odzyskał wystarczającą sprawność, aby zarejestrować jej wpływ.

		do potrzeb osoby uzależnionej dawek startowych.	

IV.1 — Co powiedzieć sobie, kiedy wydaje się, że nic nie pomaga.

Najważniejszym narzędziem psychologicznym dla osoby stosującej ten protokół w pierwszych tygodniach jest szczera prognoza: przez pewien czas nic się nie zmieni. Nie na zawsze. To będzie określony, przewidywalny i skończony okres, który zależy od stopnia początkowych niedoborów oraz intensywności stosowanego protokołu.

KARTA REALISTYCZNYCH OCZEKIWAŃ

Tydzień 1-4: Ćwiczenia będą wydawać się jak praca bez nagrody. Suplementy będą wydawać się jak tabletki. Procedury związane ze snem będą wydawać się jak obowiązki. To jest prawidłowe. System, który rejestruje te działania jako korzystne, jest systemem, który jest naprawiany. Nie odczujesz procesu naprawy podczas jego trwania, tak samo jak nie czujesz, kiedy kość się goji.

Tydzień 4-8: Następuje pewna zmiana. Nie jest to drastyczna zmiana – po prostu pojawia się uczucie, że nie jest tak pusto. Ćwiczenia, które wydawały się bezcelową pracą, stają się odrobinę mniej bezcelowe. Noopept może przynieść pierwsze poczucie jasności umysłowej, jakiej nie doświadczałeś od czasu przerwania stosowania substancji. Sen zaczyna przypominać prawdziwy odpoczynek.

Tydzień 8-12: System nagród zaczyna się aktywować. Codzienne 10-minutowe spacery zaczynają, delikatnie mówiąc, sprawiać wrażenie wyboru, a nie czegoś, co zmuszasz się do robienia. To moment, w którym gęstość receptorów D2 zaczyna się odzyskiwać. To właśnie o tym mówi standardowa baza wiedzy, kiedy mówi o "8 tygodniach ćwiczeń". Jesteś już tam. Potrzebowało to więcej czasu. Zaczynałeś z innego miejsca.

Miesiąc 3-6: Protokół staje się czymś więcej niż tylko wysiłkiem. Codzienne spacery są codziennymi spacerami. Noopept jest niezawodnym narzędziem poznawczym. Medytacja przynosi prawdziwe ukojenie, a nie tylko tolerowaną postawę. Zajęcia jogi dają coś. Nie to, co daje osobom trzeźwym obok Ciebie. Ale coś realnego. Coś Twojego.

Osoba, która przerwała w 2 tygodniu, ponieważ nic nie czuła, nie była słaba. Nie otrzymała szczerej prognozy. Zamiast tego, otrzymano "harmonogram dla osób, które nigdy nie były uzależnione", z punktem startowym przeznaczonym dla takich osób. Ta karta przedstawia szczera prognozę. Możesz kontynuować, nawet jeśli nic nie czujesz. To właśnie wtedy powinieneś kontynuować.

Nie jesteś zepsuty. Zaczynasz w innym miejscu. Osi czasu jest inna. Cel jest prawdziwy.